

# **Bando per l'erogazione di buoni sociali a favore di anziani non autosufficienti e disabili gravissimi in famiglia**

**ANNO 2018**

## **Art. 1 - Oggetto del bando**

Il presente bando disciplina, ai sensi della DGR regionale n. 7856 del 2018, l'istituzione dei titoli sociali nella forma dei buoni sociali quali provvidenze economiche destinate a realizzare un intervento atto a valorizzare la cura delle persone in condizioni di non autosufficienza certificata da parte del proprio nucleo familiare o di prestatori di cura ed a limitare o ritardare la necessità di ricovero in struttura residenziale.

Istituisce, inoltre, dei titoli sociali nella forma di voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori in situazione di disabilità.

## **Art. 2 - Beneficiari**

Possono beneficiare delle prestazioni di cui all'art.1 i soggetti non ricoverati in strutture residenziali nelle seguenti condizioni:

1. residenti in uno degli otto Comuni del Distretto di Tradate;
2. persone, di qualsiasi età, al domicilio, con gravi limitazioni della capacità funzionale che compromettono significativamente la loro autosufficienza e autonomia personale nelle attività della vita quotidiana, di relazione e sociale ed in possesso della certificazione di non autosufficienza rilasciata in base alla L.104/92 o anche in attesa di effettuare la visita per il riconoscimento, e che siano residenti in uno dei comuni dell'ambito distrettuale di Tradate;
3. assistiti a domicilio da un'assistente familiare regolarmente assunta o da parenti entro il quarto grado;
4. minori in condizione di disabilità grave e con appositi progetti di natura educativa / socializzante che favoriscano il loro benessere psicofisico.
5. appartenenti a nuclei familiari con reddito ISEE socio-sanitario in corso di validità uguale od inferiore ad Euro 20.000,00. In caso di assunzione di un assistente familiare part time o a tempo pieno il valore dell'ISEE dovrà essere uguale od inferiore ad euro 25.000,00.

Il beneficiario (o suo rappresentante legale o tutore) dovrà scegliere, nella elaborazione del progetto, la misura più congruente.

## **Art. 3 - Modalità di accesso**

Per beneficiare delle prestazioni di cui all'art. 1 l'interessato deve presentare la domanda al Comune di residenza presso il Servizio Sociale **entro il giorno 08/06/2018**.

La domanda deve essere sottoscritta dal soggetto non autosufficiente interessato o da un familiare maggiorenne, utilizzando l'apposito modulo predisposto dal distretto e disponibile presso i servizi sociali dei comuni o scaricabile dal sito [www.ufficiodipiano-tradate.it](http://www.ufficiodipiano-tradate.it)

La domanda dovrà essere corredata dalla certificazione di invalidità, l'attestazione I.S.E.E. e l'eventuale contratto di assunzione dell'assistente familiare.

Il Comune istruisce le domande, ne valuta l'ammissibilità e le invia all'Ufficio di Piano del Distretto di Tradate che entro il giorno 25/06/2018 formulerà la graduatoria a partire dall'ISEE più basso, ma con priorità alle persone già beneficiarie della misura B2 con l'annualità FNA precedente, secondo le modalità previste dalla Regione nella DGR 7856/2018.

Il Distretto di Tradate eroga i buoni e i voucher, rispettando la graduatoria formulata secondo i parametri sopra indicati.

## **Art. 4 - Entità dei titoli sociali**

I buoni saranno erogati ai soggetti nelle condizioni di cui all'art. 3 per la realizzazione di interventi di assistenza della persona con invalidità presso il proprio domicilio.

La presa in carico della persona è globale e subordinata ad una valutazione multidimensionale che sarà effettuata in maniera integrata dalle assistenti sociali dei Comuni e dal personale dell'ASST.

L'entità del buono è così definita:

- a) Buono per assistente familiare assunto in regola che svolge un servizio a part time per un monte ore settimanale non superiore alle 20 ore. Valore mensile **€ 200,00**
- b) Buono per assistente familiare assunto in regola che svolge un servizio a tempo pieno. Valore mensile **€ 400,00**
- c) Buono per care giver familiare a fronte di progetto elaborato dal Servizio Sociale del Comune di residenza dell'utente. Valore massimo mensile **€ 200,00 per almeno n. 24 ore di assistenza settimanale**
- d) In caso di frequenza part time di unità di offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali l'importo del buono per assistente familiare o per care giver familiare deve essere quantificato in un valore mensile di € 100,00.
- e) Buono sociale mensile per progetti di vita indipendente a favore di persone tra i 18 e i 64 anni che intraprendono percorsi di vita autonoma senza il supporto di care giver familiare, ma con l'ausilio di un assistente personale, autonomamente scelto e con regolare contratto per almeno 12 ore settimanali. Valore mensile del buono **€ 600,00** per un massimo di 4 mesi rinnovabili secondo quanto indicato nel progetto individuale.
- f) Voucher sociale per sostenere la vita di relazione di minori. Valore massimo annuale **€ 1600,00**. Nel caso in cui il minore risulti beneficiario di interventi socio-educativi finanziati dal Comune il contributo potrà essere erogato per un massimo annuale di **€ 1400,00**.

#### Art. 5 – Piano di Assistenza Individualizzato (PAI)

Il PAI contiene:

- l'esito della valutazione sociale e/o multidimensionale della persona;
- la descrizione dei fondamentali obiettivi realizzabili e/o percorribili in termini di qualità della vita della persona non autosufficiente e del suo nucleo familiare;
- le caratteristiche qualificanti i progetti di vita indipendente;
- le prestazioni assicurate dal caregiver familiare e/o assistente personale;
- gli interventi da sostenere con il buono nel caso di progetti di vita indipendente, per i quali vanno altresì specificate le fondamentali caratteristiche qualificanti, compreso il grado di inserimento socio-lavorativo della persona disabile e gli interventi realizzati dai Centri territoriali per la vita autonoma e indipendente;
- la descrizione degli interventi da sostenere con il voucher sociale per minori con disabilità;
- la valutazione ISEE,

Nel progetto devono essere evidenziate, in una logica di budget di cura e di presa in carico complessiva della persona, eventuali altri interventi di sostegno alla domiciliarità quali ad esempio:

- le prestazioni assicurate dal Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD);
- le prestazioni assicurate dall'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- periodi di sollievo;
- altre forme integrative per la risposta al bisogno, misure economiche di carattere assistenziale già erogate da Enti pubblici o privati.

Specificatamente per le persone con disabilità devono essere indicati nel Progetto eventuali sostegni attivati con le risorse della DGR n. 6674/2017 DOPO DI NOI o del PROVI.

Il PAI viene redatto con cadenza annuale, comunque con validità massima corrispondente alla scadenza del piano.

Il PAI deve essere sottoscritto oltre che da un referente dell'Ambito, anche dalla persona/famiglia e trasmesso all'ASST di competenza. Nel caso di valutazione congiunta con l'equipe dell'ASST, esso è sottoscritto da un referente dell'Ambito, da un rappresentante dell'ASST, dalla persona/famiglia e dal responsabile del caso (case manager).

#### Art. 6 - Durata

L'erogazione delle provvidenze di cui all'art. 1 avrà effetto da giugno 2018 fino al 31/12/2018, salvo eventuali modifiche decise dall'Assemblea dei Sindaci del Distretto di Tradate.

#### Art. 7 - Incompatibilità

Il buono è incompatibile con il ricovero in Residenza Sanitario-Assistenziale e con la fruizione della misura B1.

Tale decadenza decorre:

- dal primo giorno del mese qualora l'accadimento si verificasse entro il 15 del mese stesso;
- Dal primo giorno del mese successivo qualora l'accadimento si verificasse dal 16 del mese;

#### Art. 8 - Decadenza del buono

Il buono decade per decesso o per cambio del Comune di residenza se diverso dai Comuni del Distretto.

Tale decadenza decorre:

- dal primo giorno del mese qualora l'accadimento si verificasse entro il 15 del mese stesso;
- Dal primo giorno del mese successivo qualora l'accadimento si verificasse dal 16 del mese;

L'erogazione dei titoli viene sospesa nel caso in cui vengano meno le condizioni di assistenza o le condizioni reddituali per poter accedere al presente bando.

#### Art. 9 - Controlli

Ai fini dell'accertamento della veridicità delle dichiarazioni fornite dai richiedenti, l'Amministrazione Comunale potrà effettuare controlli anche a campione su quanto dichiarato.

#### Art. 10 - Revoca dei benefici concessi

In caso di accertamento di non veridicità sostanziale dei dati dichiarati, l'Amministrazione Comunale segnala d'ufficio il fatto all'Autorità Giudiziaria per le iniziative di competenza e di rilievo penale e procede alla revoca dei benefici concessi ed al recupero della quota dei benefici economici indebitamente ricevuti dal dichiarante.

**Il presente bando è finanziato con € 141.195,46**

SPETT.LE COMUNE DI \_\_\_\_\_

**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI BUONI SOCIALI A FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI E DISABILI GRAVISSIMI**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Sesso M ☐ F ☐  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  
Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. Di Varese  
Tel. e/o cellulare \_\_\_\_\_

In qualità di :

- ☐ Soggetto interessato
- ☐ Familiare (specificare il grado di parentela \_\_\_\_\_)
- ☐ Rappresentante legale come da decreto allegato (specificare \_\_\_\_\_)

con riferimento ai contenuti della DGR n° 7856 del 12 febbraio 2018

**CHIEDE**

- ☐ A favore dello/a stesso/a  
avente come Medico di Medicina Generale il/la dr. /d.ssa \_\_\_\_\_

oppure

- ☐ A favore del/la Signor/a \_\_\_\_\_ Sesso M ☐ F ☐  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  
Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. Di Varese  
Tel. e/o cellulare \_\_\_\_\_  
avente come Medico di Medicina Generale il/la dr./d.ssa \_\_\_\_\_

Di poter accedere alle misure a favore delle persone con disabilità grave e gravissima e per anziani non autosufficienti, per l'assistenza della persona suindicata e, nello specifico, di richiedere:

- ☐ Buono sociale mensile per prestazioni assicurate da assistente personale assunta a tempo pieno
- ☐ Buono sociale mensile per prestazioni assicurate da assistente personale assunta a tempo part time (monte ore settimanale non superiore alle 20 ore)
- ☐ Buono sociale mensile per care giver familiare (almeno 24 ore di assistenza settimanale)
- ☐ Buono sociale mensile per progetti di vita indipendente
- ☐ Voucher sociali per sostenere la vita di relazione di minori opportunamente documentati per un totale di euro \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art.26 della legge n. 156/1968, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità

## **D I C H I A R A**

- ☐ che il/la sig./a \_\_\_\_\_ è riconosciuto/a invalido/a al \_\_\_\_\_ %  
come da verbale di invalidità allegato;
- ☐ che il/la sig./a \_\_\_\_\_ ha fatto domanda di invalidità civile  
in data \_\_\_\_\_
- ☐ che il reddito ISEE relativo all'anno \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_ è di € \_\_\_\_\_;
- ☐ Che la persona interessata non frequenta unità di offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali;
- ☐ Che la persona interessata frequenta part time unità di offerta semiresidenziali sociosanitarie o sociali ;
- ☐ Che la persona interessata ha attiva la misura di RSA aperta da \_\_\_\_\_;
- ☐ Che la persona interessata ha già beneficiato della misura B2 nell'annualità precedente;
- ☐ di essere a conoscenza che la presente istanza non produrrà automaticamente l'accesso alle misure a favore delle persone con disabilità grave e gravissima e per anziani non autosufficienti in quanto esso è subordinato alla valutazione della situazione socio-familiare, economica e sanitaria da parte dell'Ufficio Servizi Sociali del Comune congiuntamente con il servizio A.D.I. Distretto di Tradate dell'ATS INSUBRIA
- ☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni economiche, socio-familiari e sanitarie che determinino la perdita del diritto alla concessione degli interventi;
- ☐ di essere a conoscenza che il Comune e l'ATS, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 art. 71, comma 1, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emergesse la non veridicità delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 445/00 il/la sottoscritto/a decadrà dai benefici ottenuti e ciò comporterà la restituzione delle somme indebitamente percepite in base alle normative vigenti.
- ☐ che qualora la presente richiesta venga accolta, l'Ufficio di Piano del Distretto di Tradate provvederà a liquidare l'importo riconosciuto sul conto corrente identificato dalle seguenti coordinate:  
IBAN \_\_\_\_\_  
BANCA \_\_\_\_\_  
AGENZIA \_\_\_\_\_  
INTESTATO A \_\_\_\_\_  
(specificare Codice Fiscale ed indirizzo qualora l'intestatario non coincida con il beneficiario del buono)

Ai sensi all'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 autorizza altresì il trattamento dei dati personali forniti per gli scopi legati alla presente dichiarazione.

Data, \_\_\_\_\_

In fede

(firma) \_\_\_\_\_

#### ALLEGATI

- Copia del verbale di invalidità civile con indicazione della diagnosi;
- Copia della domanda di accertamento corredata da eventuale documentazione clinica che attesti la condizione di non autosufficienza;
- copia della CRS
- Attestazione I.S.E.E. in corso di validità
- Contratto di assunzione dell'assistente familiare

***La Domanda sarà considerata valida solo se completa dei documenti richiesti.***

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI – INFORMATIVA ALL'UTENZA  
Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 - "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Gentile Signore, La informiamo che ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i dati da Lei forniti, ovvero altrimenti acquisiti nell'ambito della nostra attività, potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della suddetta normativa.

I dati personali, Suoi ed eventualmente dei suoi familiari, sono necessari per poter erogare la prestazione richiesta, per gli adempimenti di legge nonché per finalità istituzionali connesse all'attività del Comune. I dati potranno essere trattati anche successivamente al termine della prestazione erogata, nei limiti sopraindicati.

Il trattamento dei dati avverrà mediante l'utilizzo di strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei che attraverso mezzi informatici.

La informiamo, inoltre, che i dati forniti non verranno da noi diffusi a soggetti indeterminati in qualunque modo, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione.

Tali dati verranno da noi comunicati ai seguenti soggetti determinati:

- Agli operatori di questo Ente, appositamente incaricati, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessario o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Agli operatori dell'Ufficio di Piano di Tradate e ai componenti dell'assemblea dei Sindaci e del tavolo assessori dell'ambito distrettuale di Tradate, ai quali la conoscenza e/o il trasferimento dei dati personali risulti necessario o sia comunque funzionale allo svolgimento dell'attività istituzionale;
- Agli operatori dell'ATS Insubria, nell'ambito di verifiche e di progetti specifici finalizzati all'integrazione dei servizi socio-assistenziali con i servizi socio-sanitari;
- Alle Società, Enti/Aziende che, per conto dell'Ente, forniscono specifici servizi elaborativi, che svolgono attività connesse, strumentali o di supporto a quelle dell'Ente od attività necessarie all'esecuzione di tutte le prestazioni da lei richieste;
- Ai soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai dati personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme.

La informiamo altresì che, pur non essendo obbligatorio fornire i dati personali, in loro mancanza, questa Azienda sarà impossibilitata ad erogare le prestazioni richieste e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge.

In relazione ai predetti trattamenti, Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. N. 196/03, che per facilità di consultazione viene riprodotto integralmente.

*Decreto Legislativo n.196/2003,*

*Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti*

*1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.*

*2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:*

- a) dell'origine dei dati personali;*
- b) delle finalità e modalità del trattamento;*
- c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;*
- d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;*
- e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.*

*3. L'interessato ha diritto di ottenere:*

- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;*
- b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di*

*legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;*

*c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.*

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

*a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;*

*b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.*

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ ai sensi del D.Lgs. 196/03 autorizzo il Comune di \_\_\_\_\_ a sottoporre a trattamento i dati personali/sensibili sopra riportati in quanto necessari ai fini dell'erogazione dell'eventuale contributo economico nonché per i connessi obblighi di legge.

Dichiaro che mi sono state preventivamente rese le prescritte informazioni circa le caratteristiche, le finalità e le modalità del trattamento, comunicazione e diffusione, per iscritto con apposita nota informativa, che si considera parte integrante ed essenziale della presente dichiarazione.

Luogo e data

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autorizzo altresì il Comune di \_\_\_\_\_ a comunicare i dati sensibili relativi allo stato di salute, ove necessari per la realizzazione di modelli di assistenza integrata con i servizi socio-sanitari dell'ATS Insubria e con i gestori dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari coinvolti nel percorso assistenziale

Luogo e data

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nel caso in cui la persona affetta sia un minore e la potestà genitoriale sia congiunta si richiede la firma di entrambi i genitori

Firma della madre

Firma del padre

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_